

# SERVICE PUBLIC ET « CLINIQUE DE CONCERTATION » : ESPACES HABITABLES POUR UNE PSYCHOTHERAPIE INAUTHENTIQUE

J.-M. Lemaire, L. Halleux

*Le renouvellement radical de la psychologie  
[...] est encore une tâche incomplète  
à remplir et, à ce titre, il demeure  
à l'ordre du jour.*

M. FOUCAULT, *La psychologie de 1850 à 1950*

## Introduction

Avant tout, et en guise d'introduction, nous aimerions présenter sommairement trois situations de personnes en difficulté. C'est à partir de ces cas particuliers, singuliers, que nous entamerons une réflexion d'un caractère plus général autour des pratiques thérapeutiques actuelles, de leurs spécificités, de leurs manques, et éventuellement de la nécessité de créer de nouvelles formes de pratiques thérapeutiques.

Prenons le cas de Franck, né en 1982. Il fait des choses qu'on ne peut pas faire, il se met en danger, il inquiète son enseignant. Celui-ci interpelle le psychologue scolaire, lequel l'envoie en consultation à l'hôpital régional, en pédopsychiatrie. Franck refusera cette aide que l'on veut lui apporter. Il n'ira pas à cette consultation. La police est également interpellée par les agissements de Franck, elle signale la situation au juge de la jeunesse, qui impose ensuite des travaux d'intérêt généraux. A nouveau, Franck n'y répond pas.

Deuxième exemple, celui de Sonia : elle a 18 ans, elle consomme des produits dangereux. Son médecin traitant est interpellé par les voisins. Au fil des passages par diverses institutions, elle sera finalement envoyée en consultation psychiatrique. Cependant, elle ne s'y rendra jamais. A nouveau, de même que dans l'exemple de Franck, une importante force convocatrice est à l'action. Nous entendons par cette expression de « force convocatrice » l'activation de nombreuses institutions, de nombreux professionnels : ils proposent tous des solutions, qui pourtant sont refusées par les usagers que sont Franck et Sonia.

Enfin, troisième et dernier exemple, celui de Laetitia : elle a 4 ans, et elle interpelle son institutrice pour différentes raisons : elle n'a pas de collation comme les autres enfants, son habillement ne respecte pas les nécessités des saisons. Par ailleurs, sa maman est décédée, son papa introuvable. Le médecin scolaire signale alors la situation. On recommande à la grand-mère, qui élève Laetitia, l'intervention d'une travailleuse familiale. Cette fois, c'est la grand-mère qui refuse l'offre ; il y a rupture du lien. On lui propose également un programme de réadaptation fonctionnel afin que Laetitia puisse rattraper son rythme de développement. Mais les intervenants sont à nouveau confrontés à un refus : Laetitia ne vient pas, car sa grand-mère ne vient pas.

De ces trois exemples, ces trois situations, un même constat s'impose : les usagers sont à l'origine d'une force convocatrice très importante, mais aucun bénéfice n'en est tiré, puisque les offres qui tentent d'y répondre ne conviennent pas aux usagers. On trouve donc une inadéquation entre l'offre proposée par les professionnels et les appels des usagers. Cette

inadéquation, qui nous apparaît comme une contradiction à l'intérieur du travail d'aide, de soin, d'éducation et de contrôle, mérite que nous nous y attardions longuement, et que nous nous mettions à la recherche de moyens pour la relever. Plutôt donc que de s'en désoler par un constat effroyable : « Comment donner à boire à des ânes qui n'ont pas soif ? », il semble préférable de s'interroger sur les convocations<sup>1</sup> des usagers. Si ceux-ci viennent rarement là où on les attend, ne vaut-il pas mieux aller voir là où ils sont, où ils ont mieux à faire ? Il s'agirait ainsi de partir, non plus de ce qui doit être, mais de ce qui est, de la situation telle qu'elle se présente quotidiennement aux professionnels. Déjà, cette nouvelle perspective nous offrira dès l'abord un rapport plus positif avec l'utilisateur en détresse. Celui-ci ne sera plus qualifié négativement, en tant que personne qui ne vient pas, qui refuse l'offre. Au contraire, il sera perçu positivement, en tant que personne qui a autre chose de mieux à faire.

L'exemple précédent permet de s'en rendre compte. Reprenons la première situation, de Franck. Ne répondant à aucune des propositions qui lui sont faites, il semble de plus en plus difficile de retrouver un lien avec lui. Dans cette dynamique, Franck est une personne qui *ne...pas*. Mais si, comme nous le proposons, nous nous intéressons à ce qu'il fait par ailleurs, plutôt qu'à aller aux consultations, nous verrons qu'il vient le matin, propre et éveillé, lorsque l'on rencontre sa nièce, Laetitia, également la nièce de Sonia. « Pour moi, dit-il, ça vaut plus la peine, je suis perdu. Par contre, pour ma nièce on peut faire quelque chose, et ça vaut la peine que je vienne et que je travaille avec vous ». Franck, un garçon qui *ne... pas*, devient, dans un contexte particulier, un garçon *qui...*, qui se préoccupe de sa nièce. Il vient non pour se soigner lui, mais pour soigner les autres, sa nièce en particulier. Or, la mise au jour de cette ressource « résiduelle » n'aurait pu avoir lieu si nous nous étions refusé cette étape extensive.

Cette étape extensive, qui consiste à aller voir là où les usagers nous attendent, et qui nous oblige à sortir de nos pratiques traditionnelles, n'est possible que par la remise en cause du cloisonnement, de la compartimentation des pratiques. Dans le cas présent, il fallait arrêter de considérer chacune des situations exposées comme étant isolée pour les considérer dans leur ensemble. Mais alors, ne faudrait-il pas que les travailleurs s'occupant des cas particuliers de Franck, Sonia et Laetitia se réunissent pour mieux travailler ensemble ? Franck, Sonia et Laetitia, par leur refus de certaines offres et, *ipso facto*, par leurs appels déconcertants, ne nous invitent-ils pas à mieux nous comprendre, à décompartimenter nos pratiques, afin de proposer de nouvelles offres en adéquation avec leurs convocations complexes ? Si nous acceptons leur histoire commune, nous allons voir que nous aussi, institutions, professionnels, avons une histoire commune, à laquelle il serait bon de commencer à s'intéresser.

## **Cloisonnement des pratiques**

Dans le cas de Franck, Sonia et Laetitia, la compartimentation des pratiques pouvait amener un blocage de la situation. Personne n'acceptant les offres, les professionnels se trouvaient dans une impasse. Pourquoi le cloisonnement des pratiques est-il à ce point une des données de la pratique thérapeutique actuelle ? Ne peut-on le remettre en cause ? Il nous semble qu'une brève généalogie de ce phénomène peut nous aider à pouvoir l'éviter lorsque le besoin s'en fait sentir.

Mais auparavant, recourons à un exemple. Jérémie, élève malade, met au travail différentes personnes, qui vont organiser des relais vers des espaces de plus en plus restreints et spécialisés : l'enseignante dans sa classe d'abord, le directeur dans son bureau ensuite,

---

<sup>1</sup> Rappelons l'étymologie de ce terme: il s'agit bien d'appeler ensemble.

l'infirmier de l'école dans l'infirmier, le médecin familial dans la chambre de Jérémie, et finalement peut-être la salle d'opération, protégée des parasites, aseptisée. Si Jérémie fait une crise d'appendicite par exemple, le chirurgien, par un geste spectaculaire et salvateur, guérira le petit garçon. Ces relais d'aide et de soin sont tout à fait adéquats dans cette situation. Et il n'est pas absurde d'y déceler un acte principal – le geste du chirurgien – et des actes accessoires, préparatoires – les interventions de l'enseignante, du directeur, de l'infirmier, du médecin. Cette hiérarchie n'apparaît pas scandaleuse.

Comparons ceci avec une autre situation : Jérémie n'apprend plus bien à l'école, il a des comportements difficiles, il ne s'intègre pas bien. Divers professionnels sont aussi convoqués à travailler ensemble, avec des compétences spécifiques (médecine scolaire, PMS, etc.). Ceux-ci veulent peut-être orienter Jérémie vers un service de protection de l'enfance. Enfin, estimant que certaines choses doivent être révélées pour le soigner, il sera envoyé chez le psychiatre, le psychologue. A nouveau, il est orienté dans un sanctuaire où l'on va opérer la révélation des vérités cachées<sup>2</sup>.

Le schéma semble ici analogue à la première situation. L'entonnoir peut en donner une image approachante. Petit à petit les services d'aide se rétrécissent jusqu'à amener Jérémie à travers le goulot, dans une alcôve protégée des regards extérieurs, où s'effectuera la guérison, par le chirurgien ou le « psy ». On voudrait ainsi voir également dans la deuxième situation une répartition hiérarchique semblable entre l'accessoire et le principal, et surtout au service d'un taux de réussite aussi élevé. Mais qu'est-ce qui permet cette analogie entre le problème physiologique et le problème social ? Qu'est-ce qui autorise cette identité de méthode pour deux problèmes aussi différents ?

Il semble en effet que « ça ne marche pas comme ça » pour la deuxième situation. Dans celle-ci, il nous semble que l'accessoire et le principal doivent alterner, que la partie de l'entonnoir la plus intéressante ne soit pas l'embout. Il ne faut plus faire passer Jérémie au-delà de l'entonnoir, mais au contraire, rester dans sa partie la plus large, à la façon dont les liens se tissent, à la structure complexe qui travaille avec l'école.

L'application unidirectionnelle de l'entonnoir, tout à fait légitime dans le premier cas, semble dangereuse ici. Comme si le « psy », en tant qu'intervenant principal, pouvait seul résoudre les problèmes de Jérémie, sans se préoccuper des gens qui l'entourent (aussi bien les professionnels et les institutions que sa famille élargie), ni des liens qui le relient aux autres et qu'il entretient.

Il semblerait que les professionnels relevant de la sphère « psychologique » désirent s'autoriser du même prestige de l'acte du médecin, espérant ainsi atteindre le même niveau spectaculaire du résultat. Pourtant, l'analogie est bancale. Rien n'autorise la simple application du schéma de la première situation à la seconde. Michel Foucault l'avait déjà clairement énoncé dans un de ses premiers ouvrages : « On ne peut donc admettre d'emblée ni un parallélisme abstrait, ni une unité massive entre les phénomènes de la pathologie mentale et ceux de la pathologie organique ; il est impossible de transposer de l'une à l'autre les schémas d'abstractions, les critères de normalité, ou la définition de l'individu malade »<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Rappelons les riches analyses de Foucault sur les pratiques de l'aveu, sur l'idée que la vérité est en nous, qu'elle doit se dire.

<sup>3</sup> M. FOUCAULT, *Maladie mentale et psychologie*, Paris, P.U.F., coll. "Quadrige", 2002, p. 16

Un autre bref argument, tournant autour du concept de « parasite », pourra nous en convaincre. Dans la première situation, la salle d'opération doit effectivement être close, aseptisée, afin qu'aucun parasite n'entre en contact avec Jérémie malade. Autrement dit, lorsqu'il s'agit du niveau purement physiologique, tout contact du soi avec le non-soi, avec les parasites, doit absolument être évité. Sans cette précaution, l'état du patient risque de s'aggraver. Dans la seconde situation en revanche, il n'est pas inintéressant de questionner la place du parasite. Si l'on soutient, avec les philosophes depuis Hegel, que le processus de subjectivation passe par la relation à l'autre, que cette relation à autrui est constitutive, c'est-à-dire que l'homme est avant tout un être *social*, alors le parasite ne doit aucunement être exclu du cabinet du « psy ». L'autre, le parasite, ne devrait plus être éliminé du dispositif thérapeutique, puisqu'il constitue le fondement de soi<sup>4</sup>. Il s'agirait donc plutôt d'ouvrir cet espace au maximum, afin que Jérémie ne soit pas isolé de son contexte, mais reste en lien avec tous les parasites, tous les *autres*. Du même coup, le projet thérapeutique lui-même se verra assigné une fonction différente. Il ne faudra plus rendre Jérémie indépendant des personnes de son entourage, dans un projet d'autonomisation, mais au contraire accentuer ses liens de confiance, c'est-à-dire le rendre plus dépendant<sup>5</sup>.

Résumons la situation telle que nous l'avons développée jusqu'ici. Il semble que les professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle travaillent le plus souvent dans le mode que nous avons décrit, celui de l'entonnoir, celui du cloisonnement, de la compartimentation des pratiques. Or, et nous l'avons vu par des exemples, un tel fonctionnement ne se révèle pas toujours fécond. Bien plus, il mène, dans un certain nombre de cas<sup>6</sup>, à des impasses qui paraissent insurmontables, à la rupture du lien – en particulier pour les familles en détresses multiples. Si nous avons pu montrer que le schéma de l'entonnoir n'est qu'une vaine projection des pratiques proprement médicales sur le secteur de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle, plus rien ne nous empêche de le contester, et d'inventer de nouvelles pratiques, sortant du cadre traditionnel auquel nous avons été habitués dans notre formation. Et, répétons-le, cette transformation nous semble revendiquée par les usagers eux-mêmes, sur des modes déconcertants : le refus de l'offre, la rupture du lien avec les professionnels. Mais encore, la création de nouvelles pratiques ne doit pas attendre, puisque plus de 80% des situations ne répondent pas à la transformation qu'on leur propose. Les usagers, le plus souvent, n'entrent pas dans nos professions de la révélation, ils ne fréquentent pas nos alcôves, nos boudoirs. Nous ne pouvons donc restés accrochés à tout prix à notre formation classique.

En somme, il faudrait que l'extension du contexte thérapeutique ne soit plus un processus que nous cherchions à contrôler seuls, mais auquel nous acceptons de nous soumettre partant de la force convocatrice des détresses multiples des familles que nous rencontrons. La question n'est plus : « Comment emmener les gens dans notre sanctuaire ? », mais : « Comment devons-nous nous déplacer pour aller travailler avec ces gens qui créent des pratiques ? ». Nous retrouvons ici même, au cœur de notre argumentation, la question de la compartimentation. Renoncer à celle-ci peut nous faire perdre les pédales. On n'est plus

---

<sup>4</sup> «C'est le paradoxe du parasite. Il est tout simple, mais de grande conséquence. Le parasite est l'être de la relation. Il est nécessaire à la relation» (M. SERRES, *Le parasite*, Paris, Grasset, 1980, p. 108).

<sup>5</sup> Nous suivons en cela une certaine conception de la «bonne» santé, définie comme le fait d'avoir dans son entourage un grand nombre de personnes de confiance. Dit caricaturalement, une personne sera en bonne santé si elle peut faire confiance à une vingtaine de personnes. Nous sommes bien sûrs conscients qu'une telle conception de la relation, de la thérapie (qui vise donc l'hétéronomie plutôt que l'autonomie), est en contradiction patente avec tous les projets actuels d'autonomisation dont il est si souvent fait question.

<sup>6</sup> Nous insistons sur cette restriction. Un tel fonctionnement peut en effet se révéler tout à fait adéquat dans certaines situations.

tout à fait chez soi, dans son cabinet, dans son institution. Pour répondre aux demandes des usagers, il faut accepter de sortir de son espace, pour gagner un espace commun, ce que nous nommons les « champs de recouvrement ». Attardons-nous quelque peu sur ce concept, tant il est central pour le problème qui nous occupe. C'est en effet la juste compréhension de cette notion qui permettra d'élaborer un nouveau cadre, de nouveaux outils de travail thérapeutique.

### **« Champs de recouvrement » : du contexte extensif de suspicion au contexte extensif de confiance**

Les usagers sont parfois face à des détresses qu'ils n'arrivent pas à gérer seuls dans leur propre réseau. Ils vont alors déléguer une partie de cette prise en charge à des intervenants qui vont proposer des débuts de réponse. Ces appels, ces délégations sont à la fois massives et exprimées de façon inattendue ; elles entraînent l'activation de nombreuses institutions, de nombreux professionnels sur un même territoire. L'activation, l'interpellation des professionnels fait apparaître des temps et des espaces dans lesquels se créent des superpositions des compétences d'une part, des missions des professionnels d'autre part. Par exemple, lorsqu'un élève présente des difficultés à l'école, l'implication des enseignants ou d'autres professionnels à l'intérieur même de l'école et en même temps des autres professionnels extérieurs à l'école est activée, et il arrive que les compétences de ces professionnels se superposent. Le plus souvent, *via* notre formation, cette superposition des compétences est synonyme de « gaspillage », puisque plusieurs professionnels travaillent en *même* temps dans le *même* espace. Cependant, dans la mesure où ce sont les usagers qui nous invitent à ce type de travail, il est peut-être temps de réfléchir à une valorisation de ces « champs de recouvrement ».

En effet, un travail commun ne signifie pas un travail superflu. Les professionnels concernés n'ont pas la même manière d'aborder le problème : certains vont sanctionner l'enfant, d'autres vont interpeller, sanctionner les parents, d'autres encore vont chercher des solutions alternatives, d'autres enfin vont demander un placement de l'enfant, une aide éducative, etc. Un problème, un symptôme qui touche un certain nombre de professionnels n'a pas le même sens pour tous. Or, de ce fait justement, ceux-ci vont devoir reconnaître un espace commun de travail (qui est la recherche d'une aide) tout en ayant la possibilité d'affirmer leurs divergences dans la manière de répondre. Ce travail commun, dans de telles zones, ne signifie donc aucunement la négation des compétences spécifiques de chaque professionnel. Bien au contraire, les « champs de recouvrement » visent à préciser d'abord, à valoriser ensuite ces compétences<sup>7</sup>. Nous estimons que c'est à l'aide de ce nouveau champ de travail que les compétences spécifiques des professionnels seront le mieux mises à profit. Les professionnels restent bien sûr des professionnels.

Malgré cela, et ainsi que nous l'avons déjà dit, le travail dans ces espaces est rare, et le plus souvent éveille un sentiment d'insécurité, pouvant entraîner une position de repli, ou la recherche d'un contrôle rassurant à court terme. Un tel sentiment résulte de la sortie du cadre. Dans ces champs, il s'agit en effet de travailler ensemble, c'est-à-dire d'exposer sa pratique, de sortir de son cabinet, de son institution, espaces souvent bien étanches. Il n'est donc pas facile pour les professionnels d'y travailler, de partager des informations avec d'autres professionnels dont on ne connaît pas la fiabilité. S'ajoute également la peur de la perte de son

---

<sup>7</sup> Sur ce point, nous renvoyons à l'ouvrage d'Antoinette Chauvenet : *La protection de l'Enfance, une pratique ambiguë*, L'Harmattan, Paris, 1992.

identité professionnelle par l'ouverture aux autres, et le fait qu'il faille rendre des comptes à son institution, dans un contexte extensif de suspicion.

Ces craintes, ces risques, proviennent tous du fait que si nous, professionnels, sommes formés au travail cloisonné, compartimenté, notre formation ne nous fournit aucune compétence pour travailler dans les « champs de recouvrement ». Ne faudrait-il pas alors se faire aider par les véritables experts de ces zones, c'est-à-dire les usagers ? Ce sont eux en effet qui créent de tels espaces communs par leur force convocatrice, eux qui parviennent à mettre au travail un tel éventail de professionnels. Qui, sinon eux, peut lancer une véritable dynamique de réseau ? Ceci nous amène un joli retournement de situation. Ce ne sont plus les professionnels qui doivent aider les usagers, dans un premier temps, mais *les usagers qui doivent nous aider à mieux travailler ensemble*.

Par ce retournement de la logique du savoir, les usagers sont eux-mêmes crédités d'un savoir véritable, et par là même, d'un pouvoir. Cette notion met donc aussi en question le pouvoir des professionnels, et dans cette mesure, elle a partie liée avec le politique. Par définition, parler de champ de recouvrement implique le travail commun de divers professionnels, les sortant de leur cadre habituel, éventuellement de leur cabinet. Il est inutile d'ajouter que leur cadre habituel autorise une certaine prise de pouvoir sur l'utilisateur, garantie d'ailleurs par le secret professionnel. Au nom de ce principe sacré, aucune information ne peut sortir de la relation entre le professionnel et l'utilisateur, personne ne dispose d'un droit de regard sur la pratique du professionnel. En revanche, dans les zones de recouvrement, les professionnels ne sont plus seuls face aux usagers, mais sont également face à d'autres professionnels. Chacun peut donc intervenir, et remettre en question, réfléchir, sur les pratiques traditionnelles. Il ne s'agit aucunement d'annuler toutes les relations de pouvoir, ce qui aboutirait à une négation du conflit, à un consensus mou. Il s'agit au contraire de donner du pouvoir à tous les acteurs du réseau, afin que chacun puisse participer à la construction, à l'élaboration de l'aide la plus efficace, dans un contexte extensif de confiance.

La question difficile de l'interdisciplinarité semble, dans ce cadre thérapeutique, trouver une réponse satisfaisante. Dans les situations complexes de détresses multiples, la mise au travail de différents professionnels n'a rien de gratuit, d'artificiel. C'est bien la famille qui active l'ensemble des professionnels, qui les convoque afin de travailler ensemble. L'interdisciplinarité est donc de fait. C'est alors qu'il faut profiter de cette force convocatrice de la famille qui, en créant les zones de recouvrement, permet la remise en cause de certaines évidences, de certaines questions, et ouvre un espace de réflexion, de discussion sur la norme. Les champs de recouvrement se révèlent alors comme la condition de possibilité par excellence d'une réflexion critique sur les pratiques thérapeutiques et, du même coup, comme la condition de possibilité d'une *autre* pratique thérapeutique.

Sans doute cette remise en cause radicale de l'unique pouvoir du professionnel n'est-elle pas évidente, ni facile. Cependant, le pouvoir exclusif du professionnel n'est pas non plus évident. Il a une histoire, il est contingent, les analyses de Michel Foucault l'ont bien montré. Certains de ses travaux, reprenant la question kantienne de l'actualité (« Qu'est-ce qui se passe maintenant ? Et qu'est-ce que c'est que ce « maintenant » à l'intérieur duquel nous sommes les uns et les autres ? »<sup>8</sup>), cherchent à comprendre comment se sont formées les pratiques, les relations de pouvoir de notre société. D'où la dimension essentiellement historique de l'entreprise foucauldienne, pour laquelle il s'agit de voir d'où nous venons afin

---

<sup>8</sup> M. FOUCAULT, « Qu'est-ce que les Lumières ? » in *Dits et écrits*, II, Paris, Gallimard, coll. Quarto, 2001, p. 1498.

d'ouvrir de nouvelles possibilités d'existence. De telles analyses sont loin d'être superflues. Remonter à la source de nos pratiques, de nos évidences, peut éventuellement permettre de montrer leur historicité, leur contingence. Nos pratiques perdront alors leur caractère absolu, se relativiseront, et pourront se transformer en d'autres pratiques.

En l'occurrence, ce qui intéresse Foucault, c'est la façon dont notre société est devenue, depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle environ, une société disciplinaire, une société de normalisation. « La norme devient le critère de partage des individus »<sup>9</sup>. Or, dans la mesure où ce partage est effectué par la médecine ou la psychologie, ce sont les professionnels de ce domaine qui sont investis du pouvoir le plus important aujourd'hui. Il suffit de constater la place imposante que ces experts occupent à tous les niveaux de la société ; tout doit pouvoir être expliqué en termes psychologiques. Citons, à titre d'exemple, le domaine juridique - ce criminel est-il responsable ? a-t-il connu des troubles dans son enfance ? - ou familial - pourquoi mon enfant est-il en colère ? fait-il son oedipe ?. En outre, cette pensée psychologisante, médicalisante se donne toute une série de technologies, de pratiques destinées à transformer l'individu en vue de le normaliser. Bref, « tous les rapports sont ainsi parasités par la pensée médicale, le souci médical »<sup>10</sup>.

Foucault fait alors l'archéologie de notre société disciplinaire, il cherche les forces, les pratiques sous-jacentes qui permirent le passage d'une société de droit à une société de la norme. Pour le dire brièvement, l'entreprise de normalisation a commencé à l'ère du capitalisme, lors de l'explosion démographique. C'est à cette époque que s'est esquissé le projet d'une « technologie de la population »<sup>11</sup>. Il fallait, en somme, discipliner, normaliser les corps, afin de se donner la force de travail la plus importante. Les corps doivent être sains afin d'être utiles. Depuis cette époque, cette tendance n'a fait que s'accroître : il faut être normal.

Ce qui nous paraît essentiel dans cette digression, c'est l'historicité, la relativité de la place du médecin et du psychologue. Ceux-ci n'ont pas toujours été investis d'un pouvoir prestigieux. Ils n'ont pas toujours été les seuls à pouvoir nous dire notre vérité. Leur place imposante peut donc être questionnée et il peut être intéressant de s'interroger sur des pratiques qui ne leur donneraient pas tout le pouvoir, telles les pratiques qui tiendraient compte des « champs de recouvrement ».

### **« Clinique de Concertation » : un cadre ouvert et rigoureux**

Si nous avons tenté de démontrer l'utilité d'une pratique thérapeutique innovante, dans laquelle l'utilisateur serait également crédité d'un savoir, au même titre que les professionnels, dans laquelle les espaces de travail communs seraient valorisés, au même titre que les compétences spécifiques, encore faut-il définir un cadre pour cette pratique. Comment ne pas y perdre nos points de repères ? Comment rendre ces espaces praticables, efficaces ? Pour cela, une méthodologie de travail est nécessaire. Et celle-ci existe : il s'agit de la « Clinique de Concertation »<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> M. FOUCAULT, « L'extension sociale de la norme » in *Dits et écrits*, II, *op. cit.*, p. 75.

<sup>10</sup> M. FOUCAULT, « Le pouvoir, une bête magnifique » in *Dits et écrits*, II, *op. cit.*, p. 373.

<sup>11</sup> M. FOUCAULT, « La politique de la santé au XVIII<sup>e</sup> siècle » in *Dits et écrits*, II, *op. cit.*, p. 18.

<sup>12</sup> Pour une description plus détaillée de cette pratique innovante, dont nous n'analysons ici que les grands principes directeurs : cf. J.-M. LEMAIRE, E. VITTONI, V. DESPRET, «Clinique de Concertation et Système : à la recherche d'un cadre ouvert et rigoureux» in *Génération*, Paris, mars 2003, n° 28, pp. 23-26 (disponible également sur le site de la «Clinique de Concertation» : [www.concertation.net](http://www.concertation.net)) ; pour la genèse de cette pratique: A. CHAUVENET, V. DESPRET, J.-M. LEMAIRE, *La Clinique de la Reconstruction*, Paris, L'Harmattan, 1996.

Cette nouvelle pratique thérapeutique de réseau a été initiée, en 1996, par de nombreux cliniciens de réseaux, et formulée dans quelques articles par le Docteur Lemaire. Elle met en présence des familles qui vivent des détresses multiples et sévères, des professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle directement concernés, de tels professionnels potentiellement concernés et d'autres non directement concernés. C'est par cet ajout d'acteurs non directement concernés que la « Clinique de Concertation » se distingue d'une simple coordination. Elle trouve ses étayages principaux dans l'« Approche contextuelle » de I. Boszormenyi-Nagy<sup>13</sup>, qui inaugure l'éthique relationnelle comme dimension incontournable de la relation. Elle a été pratiquée dans les situations de détresses multiples et sévères, depuis 1996, en plusieurs lieux : Belgique, France, Kosovo, Albanie, Bosnie, Croatie, Algérie et Italie.

Ces données factuelles étant précisées, intéressons-nous au cadre méthodologique que cette « Clinique de Concertation » prescrit. Cinq expressions standardisées permettent de le déterminer<sup>14</sup>. Avant tout, il est demandé de « parler comme si la famille était présente ». Cette recommandation invite en quelque sorte, même si la famille dont il est question est absente, à ne pas négliger la part active que celle-ci possède également dans ce travail de réseau. S'il faut parler comme si elle était là, cela revient à dire que les professionnels ne peuvent plus perpétuer la hiérarchie dominante plaçant les professionnels dans la position du maître, la famille dans la position de l'élève. C'est en quelque sorte éliminer la marque de cette supériorité de savoir des professionnels qu'est leur jargon au profit, peut-être, d'un nouveau jargon co-construit avec les usagers<sup>15</sup>.

Une deuxième recommandation stipule que l'on demande à la famille ce qu'elle voudrait que l'on ne dise pas d'elle, mais surtout ce qu'elle voudrait que l'on dise d'elle. A nouveau, si la famille est absente de la « Clinique de Concertation », on ne peut en faire abstraction, mais faire toujours comme si elle était là. Pour cela, il est nécessaire de demander à la famille qu'elle nous indique comment « bien parler » d'elle. Surtout, si la « Clinique de Concertation » met au travail un grand nombre de professionnels, c'est toute la question de l'intimité, de l'information partagée, du secret professionnel qui doit être remise en question. Il ne s'agit pas en effet de nourrir le fantasme d'une transparence pure de la situation. Bien plutôt, un tel dispositif encourage la création de zones d'ombre, d'intimité. A cet égard, l'accent sera porté sur ce dont la famille est fière, plutôt que sur ce dont elle a honte. Plutôt que sur les manquements, ce sera donc sur les ressources que notre attention sera attirée. Plutôt que de révéler les vérités cachées, point de départ d'un contexte extensif de suspicion, il s'agira de valoriser les ressources, fussent-elles résiduelles, point de départ d'un contexte extensif de confiance.

La troisième proposition recommande à la famille de « venir avec toutes les personnes dont elle juge la présence utile ». Cette recommandation est bouleversante à plus d'un égard. Nous y reviendrons plus loin. Notons simplement que par celle-ci, c'est le dispositif qui s'ouvre, de manière radicale, à l'intrus. Ne doivent pas y participer que les personnes directement concernées. Cela crée bien sûr une incertitude. Il n'est pas possible de prévoir qui

---

<sup>13</sup> Pour une brève présentation de l'Approche contextuelle, donnant également accès à certains éléments bibliographiques, cf. P. MICHARD, G. SHAMS AJILI, *L'approche contextuelle*, Bermet-Danisolo, coll. "Essentialis", 1996 et M. HEIREMAN, *Du côté de chez soi*, Paris, ESF Editeurs, 1989.

<sup>14</sup> J.-M. LEMAIRE, E. VITTONI, V. DESPRET, "Clinique de Concertation et Système : à la recherche d'un cadre ouvert et rigoureux", *art. cit.*

<sup>15</sup> Il ne s'agit pas d'abandonner tout jargon, c'est-à-dire toute conceptualité – fantasme d'un savoir pur, non contaminé par une théorie.



sera présent. Néanmoins, cette imprévisibilité du côté de la famille est contrebalancée par la prévisibilité que manifesteront les professionnels.

Ainsi, comme l'affirme la quatrième recommandation, tout professionnel, concerné ou non, peut participer aux « Cliniques de Concertation » en cours ; la seule contrainte qui lui est imposée consiste à s'annoncer. Ceci constitue le deuxième pan de l'ouverture, du côté des professionnels cette fois. L'accès à une « Clinique de Concertation » ne peut jamais être absolument refusé, sinon à remettre en cause la possibilité même d'une « Clinique de Concertation ». Aucune fermeture du dispositif n'est envisageable à l'intérieur de celui-ci. Son ouverture est absolue, radicale.

Enfin, la cinquième proposition nous recommande de remercier les familles de « venir nous apprendre une partie de notre métier que nous connaissons mal, celle qui nous demande de travailler ensemble ». Comme nous l'avons déjà vu, il ne s'agit pas de nier les compétences propres des professionnels, mais d'attribuer également aux usagers certaines compétences, la partie du professionnalisme qui s'effectue dans les « champs de recouvrement ».

Insistons sur ces différents points. Ils constituent selon nous les prémisses indispensables, les conditions de possibilité d'une « Clinique de Concertation ». Enlever une de ces recommandations signifierait la dissolution de ce dispositif thérapeutique. A cet égard, bien qu'il soit ouvert, en droit, à tous, ce n'est pas sans condition. Cela signifie que l'ouverture absolue de ce dispositif *ne peut pas* être remise en question. C'est ce qui lui permet, par ailleurs, de pouvoir entendre toutes les critiques qui pourraient lui être faites, toutes les questions qui pourraient lui être adressées. En somme, en tant que lieu de débat, tout peut y être discuté, si ce n'est les conditions même de ce débat.

Nous avons exposé ce qu'était la « Clinique de Concertation » pour elle-même, sans la confronter aux pratiques existantes, et nous avons essayé de montrer qu'elle s'avérait utile dans certains cas – en particulier pour les familles en détresses multiples. Il nous faut à présent discuter de sa place parmi les autres figures du travail thérapeutique. Exclut-elle purement et simplement les formes traditionnelles de psychothérapie, tel l'entretien individuel ? Quels rapports entretient-elle avec le contrat libéral ?

Nous pouvons, dans un premier temps, élargir la problématique aux rapports qu'entretient la psychothérapie du secteur public avec celle du secteur privé. Bien souvent, la première considère la seconde comme un idéal à atteindre. Ultimement, et fondamentalement, c'est à un type de contrat libéral que devrait se ramener toute psychothérapie<sup>16</sup>. Le contrat libéral passé entre un soignant et un patient, l'offre et la demande s'accordant parfaitement, constituerait l'essence de la thérapie, le lieu où celle-ci se manifesterait le plus purement. Cependant, et la discussion précédente l'a bien montré, un tel contrat n'est pas toujours réalisable, ni même seulement souhaitable. S'il convient dans certains cas particuliers, et il ne s'agit aucunement de nier l'utilité de ce type de psychothérapie, d'autres situations appellent un autre type de réponse. Ainsi, la psychothérapie dans le secteur public ne devrait peut-être

---

<sup>16</sup> Notons que Michel Foucault, lorsqu'il analyse la naissance de la médecine au XVIII<sup>e</sup> siècle, nous apprend qu'à l'origine, la médecine a toujours été d'abord sociale (M. FOUCAULT, *Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine*, in *Dits et écrits*, t. II, *op. cit.*, p. 44). Mais ensuite, et aujourd'hui, « la médecine fonctionne dans notre société comme pratique individualiste de tête à tête, de dialogue « médecin-malade », comme ils disent, et dans le secret » (M. FOUCAULT, *Les grandes fonctions de la médecine dans notre société*, in *Dits et écrits*, t. I, Paris, Gallimard, Quarto, 2001, p. 1248).

plus essayer de combler l'écart qui la sépare du secteur privé, mais au contraire considérer positivement sa démarche, sans la rapporter toujours au contrat libéral, comme si elle n'en était qu'une pâle copie, une pauvre approximation, toujours en défaut.

Ainsi, nous pourrions abandonner définitivement la hiérarchie traditionnelle, plaçant au sommet la consultation individuelle, l'entretien singulier, et au bas de l'échelle les pratiques de réseau telle que le Passage, la Coordination<sup>17</sup>. Nous pourrions, dans un premier temps, remplacer cette hiérarchie « morcelante » par une hiérarchie « globalisante », qui valoriserait d'autres pratiques, telles que la « Clinique de Concertation », la Concertation Clinique, la Clinique du Relais. Mais surtout, il nous semble important de faire un pas de plus, et d'abandonner ces deux formes opposées de hiérarchie, en articulant par exemple les différentes figures du travail thérapeutique de réseau sous la forme d'un cercle. Par simple rotation, n'importe quelle figure pourra ainsi être valorisée par le choix concerté qu'en font les professionnels et usagers convoqués à travailler ensemble<sup>18</sup>.

### Une recherche inauthentique

La « Clinique de Concertation » faisant partie du cercle, tout comme l'entretien individuel, elle n'exclut aucunement les pratiques actuelles. Elle essaie plutôt de répondre à un manque de la psychothérapie traditionnelle, lorsque les réponses de cette dernière n'apportent aucune solution, lorsque les professionnels sont « à bout ». Ainsi, bien que les figures thérapeutiques du travail de réseau se situent sur un même pied, elles n'en signifient pour autant pas la même chose. Détaillons quelque peu ce que nous estimons être la spécificité de la « Clinique de Concertation », afin d'en déduire certaines conséquences importantes quant au statut de la recherche en psychothérapie, et de la psychothérapie même.

Selon nous, la « Clinique de Concertation » est l'unique dispositif thérapeutique absolument ouvert. Seul cet espace accepte l'intrus, qu'il soit un membre de la famille invité, un professionnel non directement concerné, une personne d'un autre territoire. En somme, c'est une personne moins concernée par la détresse de l'utilisateur qui *peut* toujours participer. Dans cette pratique de réseau, il ne s'agit donc plus d'enfermer un patient dans un espace clos face au psychologue, mais bien plutôt d'ouvrir au maximum le système. Cette ouverture audacieuse peut paraître scandaleuse dans les milieux qui tendent à favoriser la fermeture des systèmes. Et pourtant, le domaine social, politique, éthique, en somme « humain », peut-il souffrir une quelconque fermeture ? L'individu même naît-il d'une fermeture imposée par les autres ou plutôt, comme nous le croyons, de celle co-construite avec les autres ? Les problèmes éthiques peuvent-ils jamais être clôturés<sup>19</sup> ? Nous pensons que non. L'intrus marque ainsi une incertitude essentielle. Toujours il peut apparaître, perturber les habitudes de la Clinique, la déconcerter. Cette ouverture, garantie par l'intrus, nous protège ainsi de toute clôture du débat. De surcroît, cette ouverture ne concerne pas uniquement les pans professionnel ou familial. Elle concerne aussi le troisième élément de ce que nous appelons la « triade concertative »<sup>20</sup> : les politiques. Leur donner également une part active à l'élaboration de ce travail permet de lutter contre la confiscation des problématiques sociales par le seul

---

<sup>17</sup> Pour une explicitation de ces figures du travail thérapeutique de réseau : cf. annexe.

<sup>18</sup> Cf. tableau et note en annexe, p. XXX

<sup>19</sup> Si oui, comment et par qui ?

<sup>20</sup> La « triade concertative », composée des cliniciens, des usagers et des politiques, est la condition fondamentale pour la naissance d'une « Clinique de Concertation ». Un seul élément de cette triade ne suffit pas à sa création, un « faisceau de volontés » est nécessaire. Le rôle du politique se manifeste, par exemple, par la mise à disposition d'un local non stigmatisant pour les « Cliniques de Concertation ».

domaine psychologique<sup>21</sup>. Insistons. Nous croyons fermement que les problématiques dont il est question dans le champ social et psychologique ne peuvent être satellisées, confisquées par les seuls professionnels. En somme, faire participer les professionnels, les usagers et les politiques permet, dans un projet foucauldien, de discuter la norme, les frontières, afin d'ouvrir de nouvelles possibilités d'existence, de vivre-ensemble.

Il suit de tout ceci que nous pouvons considérer les « Cliniques de Concertation » comme des *lieux de recherche en psychothérapie*. En effet, par le débat contradictoire qu'elle engage entre les divers participants, ce sont les pratiques, les convictions de tous, qui sont discutées, réfléchies. Les professionnels, s'ils sont obligés de se découvrir, d'exercer leur pratique devant d'autres professionnels et devant des usagers, pourront être questionnés sur celle-là. Il semble en effet que le contrat libéral, typiquement l'entretien singulier « psy-patient », permette une remise en cause très limitée du travail du « psy ». Le sacré secret professionnel, au départ censé « protéger » l'usager, n'aboutit-il pas surtout à protéger la pratique du professionnel ? Au nom de ce principe, rien ne sort du cabinet, aucun regard critique ne peut y être porté. Si donc ce type de contrat libéral perpétue le schéma du contrôle, de la normalisation, la « Clinique de Concertation », au contraire, sans renier la part normative du travail des professionnels, permet néanmoins de l'interroger. C'est, répétons-le, l'ouverture du dispositif qui conditionne la possibilité d'une réflexion radicale sur les pratiques d'aide, de soin, d'éducation et de contrôle : quiconque peut y participer, quiconque peut participer à l'élaboration de nouvelles pratiques, de nouvelles possibilités de vivre-ensemble. Dès lors, *l'organisation du travail d'aide, de soin, d'éducation et de contrôle ne pourra plus être séparée du travail d'aide, de soin, d'éducation et de contrôle*, puisque l'usager et ceux avec qui il vit en seront, d'emblée et immanquablement, une composante active et efficace.

Enfin, il nous reste à justifier notre titre, et expliciter pourquoi nous pouvons considérer les « Cliniques de Concertation » comme des *espaces habitables pour une psychothérapie inauthentique*. A cette fin, une brève remise en question du concept de l'authenticité doit être entreprise. Inutile de préciser que cette notion est aujourd'hui souvent érigée en valeur suprême : l'authentique doit être recherché, en particulier dans un monde corrompu comme le nôtre. Prise dans ce sens courant<sup>22</sup>, l'authenticité signifie une certaine fidélité à du sujet à ses propres valeurs, un rapport vrai ou pur à celles-ci. Ainsi, par exemple, le Mongol qui vit dans la steppe, avec ses chevaux, ses traditions, est bien plus authentique que celui qui habite désormais dans la ville. Entendons que ce dernier fut « contaminé » par l'Occident, qu'il n'a pas pu rester (fidèle à) lui-même<sup>23</sup>. Ces éléments permettent aisément de voir que l'authenticité suppose un rapport à soi<sup>24</sup>, l'inauthenticité un rapport à l'autre. Or, puisque nous soutenons que le rapport à l'autre est constitutif de soi, il nous semble que l'on peut redonner une valeur importante à l'inauthenticité<sup>25</sup>. Ou mieux, nous pouvons cesser de considérer l'authenticité et l'inauthenticité axiologiquement, afin de les mettre en simple corrélation, chacune renvoyant à un pan de la subjectivation : le rapport à soi, le rapport à

---

<sup>21</sup> Confiscation que diagnostiquait déjà Michel Foucault (cf. *Philosophie et Psychologie*, in *Dits et écrits*, t. 1, *op. cit.*, p. 469).

<sup>22</sup> Il ne s'agit donc ici aucunement de remettre en question le sens philosophique de ce concept tel qu'il a pu être développé par un Heidegger ou un Sartre.

<sup>23</sup> Ajoutons en passant qu'une telle conception, usuelle, de l'authenticité suppose implicitement, et à l'opposé de la conception sartrienne, qu'une essence précède l'existence.

<sup>24</sup> «L'authenticité suppose l'appropriation de soi, sans reste, ni écart» (J.-L. MARION, *Etant donné*, Paris, P.U.F., coll. «Epiméthée», 1998, p. 400).

<sup>25</sup> «Il faut absolument contester le caractère originaire de l'authenticité comme appropriation de soi» (*ibid.*, p. 401).

l'autre. Ainsi, si la « Clinique de Concertation », par son ouverture absolue à l'intrus, aux parasites, à l'autre, concernera plus spécifiquement la face inauthentique de la psychothérapie, elle ne pourra que renvoyer à son corrélat, entendons les autres pratiques thérapeutiques traditionnelles et authentiques.

### **En guise de conclusion, approche rythmique**

Roland Barthes, dans un cours au Collège de France sur le « vivre-ensemble », observait : « De ma fenêtre (1<sup>er</sup> décembre 1976), je vois une mère tenant son gosse par la main et poussant la poussette vide devant elle. Elle allait imperturbablement à son pas, le gosse était tiré, cahoté, contraint à courir tout le temps, comme un animal ou une victime sadienne qu'on fouette. Elle va à son rythme, sans savoir que le rythme du gosse est autre. Et pourtant, c'est sa mère ! »<sup>26</sup>. Une telle observation, banale, montre ce que peut avoir de traumatisant, de violent, le fait de se voir imposer un rythme autre que le sien. Et ceci parce que le rythme est essentiellement lié au pouvoir. Ce que le pouvoir impose avant tout, c'est un rythme – de vie, de pensée, de temps. A cet égard, la demande d'idiorythmie (le rythme propre) se fait toujours contre le pouvoir.

Cette question du rythme, de l'idiorythmie, peut s'appliquer à toutes les relations de pouvoir. L'on comprend alors que Barthes accorde une place particulière à ce concept dans ses cours sur le « vivre-ensemble ». Il nous offre ainsi une nouvelle grille de lecture pour déchiffrer les relations de pouvoir dans la société, grille qui nous permet de comprendre, d'une autre manière, les atouts de la « Clinique de Concertation ».

Expliquons-nous. Une famille en détresses multiples se trouve à l'origine d'un réseau original. Elle est ainsi confrontée à diverses institutions, institutions qui n'entretiennent aucune relation entre elles. Aussi chaque institution s'occupe-t-elle des problèmes qui la concernent, et impose un rythme propre à la famille. Aucune concertation n'ayant cours entre les professionnels, les rythmes les plus divers sont imposés à la famille. Ceux-ci empêchent tout phénomène de résonance et ne peuvent que rendre la famille méfiante. Elle se retrouve tiraillée par différentes institutions et risque de manifester des refus de plus en plus prononcés aux réponses qui lui sont offertes.

A ce problème, la « Clinique de Concertation » ébauche sans doute une tentative de réponse. Dans son fonctionnement, son élaboration patiente et attentive, une nouvelle place au rythme est donnée. Du temps est pris pour se présenter, pour parler, pour bégayer. Les professionnels, les usagers, trouvent ici l'occasion de trouver ensemble un rythme commun. Une nouvelle dynamique peut alors être créée ; le pouvoir ne se trouve plus dans les seules mains des professionnels. Aussi, en réfléchissant sur cette question du rythme<sup>27</sup>, une nouvelle relation, confiante, pourra voir le jour.

---

<sup>26</sup> R. BARTHES, *Comment vivre ensemble*, Paris, Seuil, 2002, p. 40

<sup>27</sup> A ce titre, le rôle de l'agenda, comme ponctuation, comme définition du rythme, n'est pas anodin.

## ANNEXE LEMAIRE

### LES FIGURES DU TRAVAIL THERAPEUTIQUE DE RESEAU

Les professionnels de l'aide, du soin, de l'éducation et du contrôle sont invités par les usagers à participer à diverses figures du Travail Thérapeutique de Réseau. Ces invitations peuvent prendre les formes les plus diverses, les plus inventives. Au moment de l'interpellation, le professionnel n'est pas toujours dans des conditions qui lui permettent d'identifier facilement la figure à laquelle il est invité ou parfois même obligé de participer.

Les « Cliniques de Concertation » sont, parmi les diverses Figures du Travail Thérapeutique de Réseau, des espaces de recherche où l'on s'efforce d'améliorer la perspicacité du professionnel à reconnaître la figure dans laquelle il va s'impliquer ou être impliqué et, peut-être même, celle qu'il peut lui-même proposer, s'il la considère comme mieux indiquée que celle à laquelle il allait participer.

Pour présenter les figures identifiées à ce jour sans introduire une hiérarchie discriminante, nous les avons disposées sur un cercle dont l'orientation peut facilement être modifiée par un mouvement de rotation.



Noir : professionnel - Vert : usager

« Clinique de Concertation » = XUdC + XPdC + XPpC + XPndC + 1CC + Ag + Ag + Sg

Passage = 1PdC + 1PpC

Clinique du Relais = 1 ou XUdC + 1PdC + XPpC

Colloque singulier, Clinique de Consultation = 1PdC + 1 ou XUdC + Ag + Ag

Concertation Clinique = XUdC + XPdC + XPpC + 1CC facultatif + Ag + Ag + Sg

Coordination = XPpC

**Légende :** C = concerné ; dC = directement concerné ; ndC = non directement concerné ; pC = potentiellement concerné ; CC = Clinicien de Concertation ; P = professionnel ; U = usager ; X = un certain nombre de ; Ag = agenda des usagers ; Ag = agenda des professionnels ; Sg = sociogénogramme